

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE ^{N°} 438

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

J. JOUANOT

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL DE VERSAILLES

né le 12 Juillet 1899, à Lignières (Cher)

Contribution à l'étude
des

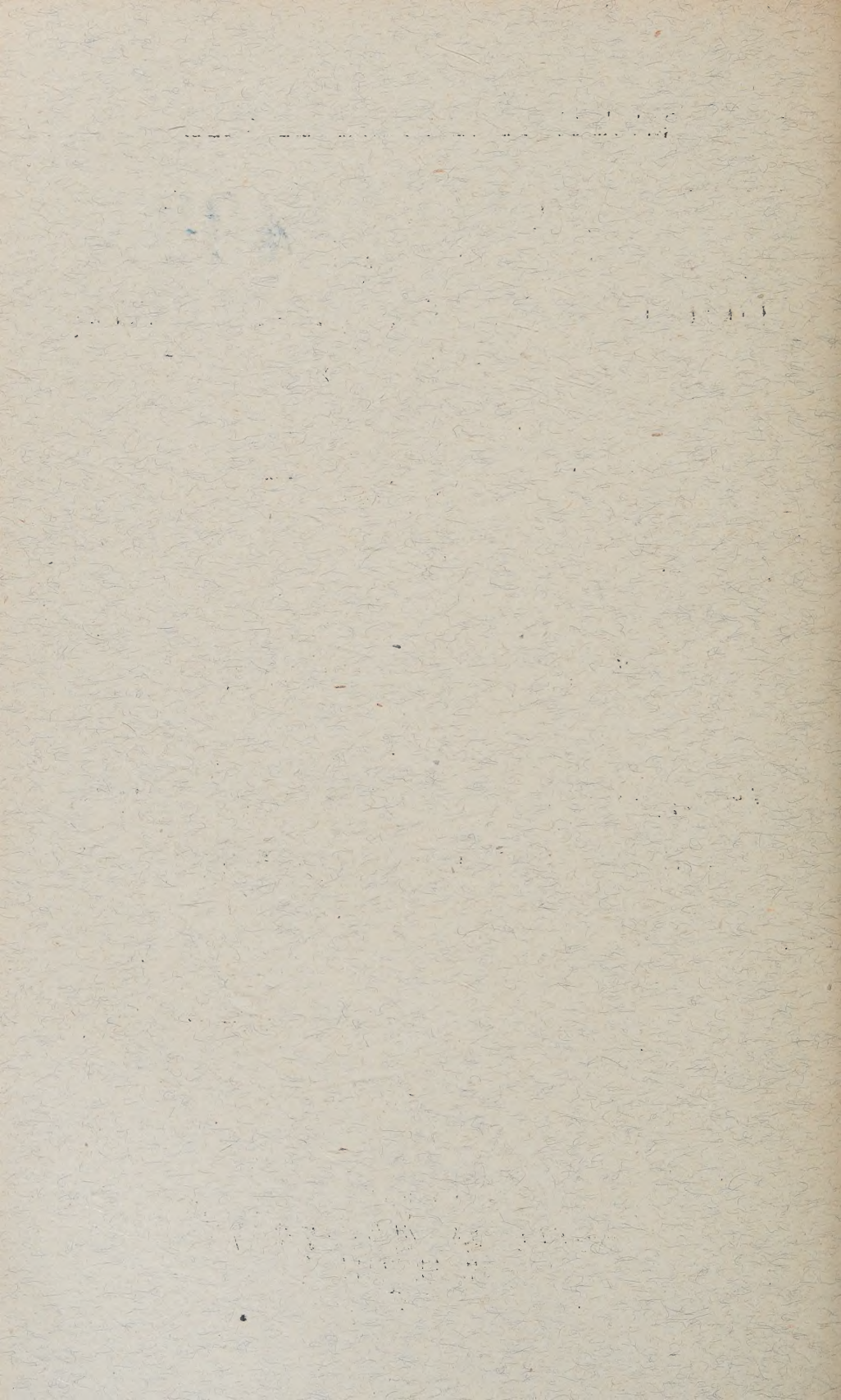
Angiomes et Lymphangiomes
de la Glande sous-maxillaire

Président de Thèse : Professeur LECÈNE

PARIS
ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1925





Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

J. JOUANOT

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL DE VERSAILLES

né le 12 Juillet 1899, à Lignières (Cher)

Contribution à l'étude

des

Angiomes et Lymphangiomes
de la Glande sous-maxillaire

Président de Thèse : Professeur LECÈNE

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1925

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN. . . . M. ROGER



MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÉNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine, et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CHAUFFARD.
Clinique des maladies des enfants	ACHARD.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	WIDAL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	MARFAN.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE.
Clinique chirurgicale	JEANSELME.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	TEISSIER.
Clinique d'accouchements	DELBET.
Clinique gynécologique	HARTMANN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEJARS.
Clinique thérapeutique médicale	GOSSET.
Clinique oto-rhino-laryngologique	De LAPERSONNE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEGUEU.
Clinique propédeutique	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	BROCA Auguste.
	Vaquez.
	SEBILEAU.
	DUVAL.
	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI. . . . Pathologie médicale
 ALGLAVE .. Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN .. Pathologie médicale
 BASSET Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN ... Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA Histologie.
 BRULÉ Pathologie médicale
 BUSQUET ... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT .. Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale
 CLERC Pathologie médicale
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG .. Anatomie pathologique.
 DUVOIR Médecine légale.
 ECALLE ... Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale
 FOIX Pathologie médicale
 GARNIER ... Pathologie expérimentale.
 HARVIER ... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 JOYEUX Parasitologie.

MM.

LABBÉ *Henri* Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . Obstétrique.
 LEMAITRE .. Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE .. Pathologie médicale
 LEVY-SOLAL Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale
 MATHIEU .. Pathologie chirurgicale.
 METZGER .. Obstétrique.
 MOCQUOT .. Pathologie chirurgicale.
 MONDOR ... Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . Bactériologie.
 RIBIERRE .. Pathologie médicale
 RICHET Fils Physiologie.
 ROUVIÈRE .. Anatomie.
 STROHL ... Physique médicale.
 TANON Pathologie médicale
 TIFFENEAU . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VERNE Histologie.
 VILLARET .. Pathologie médicale
 WELTER ... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

CAMUS Physiologie.
 GOUGEROT . Pathologie médicale
 GUÉNIOT ... Obstétrique.

MM.

RETTERRER . Histologie.
 ROUSSY Anatomie pathologique.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY ... Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE Clinique chirurgicale in-
CHEVASSU .. Clinique chirurgicale.	fantile.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.	PROUST ... Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET Clinique médicale infan-	RATHERY .. Clinique médicale.
tile.	SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
LÉRI Clinique médicale.	TERRIEN ... Clinique ophtalmologique.
LÆPER Clinique médicale.	

V. -- CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON FRERE
MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE VERSAILLES

A Monsieur le Professeur LECENE
Professeur de pathologie chirurgicale,

*qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette
thèse.*

INTRODUCTION

Pendant notre séjour à l'hôpital de Versailles, nous avons eu l'occasion d'aider notre collègue et ami le D^r Magnac à opérer une fillette de quatre ans et demi, porteuse d'un angiome de la glande sous-maxillaire, sans autre manifestation angiomateuse, ni des téguments, ni des muqueuses. Les angiomes des glandes salivaires sont très rares, et si les traités classiques signalent ceux de la parotide, la plupart ne parlent pas de ceux de la sous-maxillaire. Nous n'avons pu, en effet, en trouver dans la littérature médicale que deux cas : un d'Eugène Bœckel, sur 150 cas d'angiomes, et un de Kirmisson, sur 53 angiomes personnellement observés. M. le Professeur Lecène, à qui nous adressons nos plus vifs remerciements, nous a donné deux observations inédites. Nous apportons donc trois cas nouveaux d'angiomes de la sous-maxillaire — bien authentifiés — dont l'examen histologique a été fait au laboratoire de M. le Professeur Lecène. M. le D^r Moulon-guet, chef du Laboratoire, a bien voulu nous en communiquer les comptes rendus : nous l'en remercions vivement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les angiomes de la sous-maxillaire peuvent atteindre un volume qui varie de celui d'une noix (Bœckel) à celui d'une mandarine (Kirmisson, Magnac) et dépend surtout de l'époque à laquelle les malades viennent trouver le chirurgien qui les opère, avant de laisser à la tumeur le temps de se développer davantage. La tumeur, de couleur bleutée ou rouge noir, présente des bosselures inégales correspondant aux cavernes angiomateuses. Elle se développe à un pôle de la glande et peu à peu coiffe celle-ci plus ou moins complètement. Mais nous noterons que l'angiome ne fait qu'entrer en contact avec la glande sans la pénétrer, c'est à peine si ses lobules superficiels sont quelque peu dispersés par la néoformation. Le tissu glandulaire reste sain, ou, au plus, présente une coloration rouge plus marquée.

L'angiome, quoique présentant des limites bien nettes le différenciant d'un angiome diffus, a tendance à s'accroître soit en bas vers la base du cou, soit en haut vers la joue, en contournant le bord inférieur du maxillaire, soit en arrière vers le sterno, le paquet vasculaire du cou (1^{er} cas de M. Lecène); il peut même s'étendre au delà de la bandelette maxillaire et arriver au contact de la parotide (cas de Magnac).

A la coupe, les tumeurs présentent l'aspect caverneux, rappelant la structure des organes érectiles normaux : trabécules blanchâtres délimitant des lacunes plus ou moins grandes. Les cavernes renferment soit

du sang (hémangiome), soit un liquide clair, visqueux (lymphangiome), comme dans le second cas de M. Lécène. Dans celui de Bœckel, il semble que l'aspect était celui d'un angiome simple, sans cavernes. Cette exception est due vraisemblablement au très jeune âge de la tumeur (fillette de 3 mois).

L'examen histologique montre la structure habituelle des angiomes : grains capillaires de Porta, capillaires dilatés, à calibre irrégulier, flexueux, allongés; lacunes plus ou moins grandes, pleines de sang et communiquant entre elles. Les parois vasculaires sont parfois très épaisses et montrent par places de nombreuses fibres musculaires lisses, longitudinales et circulaires. Elles sont tapissées par un endothélium formé de cellules aplaties. Leur contenu est du sang.

Dans deux des observations nouvelles que nous apportons, nous notons la présence associée de néoformations lymphatiques, soit sous forme de points lymphatiques, où se différencieront les vaisseaux, soit sous forme de cavités lymphatiques à parois conjonctives bordées d'un endothélium plat. Il y a dans l'une prédominance d'hémangiome, dans l'autre prédominance de lymphangiome; mais il est probable que, le plus souvent, les deux tissus néoplasiques sont associés.

Les vaisseaux, sanguins et lymphatiques, sont enchâssés dans des trabécules de couleur blanchâtre, constitués par du tissu conjonctif plus ou moins scléreux.

La glande sous-maxillaire demeure parfaitement normale. Quelquefois, les vaisseaux angiomateux, à l'union de la glande et de la tumeur, s'insinuent entre deux lobules glandulaires, mais sans jamais pénétrer dans leur intimité.

SYMPTOMATOLOGIE

Les angiomes de la glande sous-maxillaire ont une étiologie et une pathogénie inconnues. Ils sont probablement congénitaux, bien que leur manifestation clinique puisse n'apparaître qu'à l'âge mûr. Sur les cinq cas de notre thèse, deux existaient à la naissance (Bœckel, Magnac), les trois autres ont attiré l'attention des malades à l'âge de 20 ans (Kirmisson), 25 et 28 ans (M. Lecène). Chez le malade de Kirmisson, l'angiome parotidien était congénital.

Ils s'accompagnent parfois d'autres localisations angiomateuses, notamment des muqueuses linguales, labiales, ou de la parotide. Aucune malformation d'un autre ordre n'est signalée par les auteurs.

L'angiome reste latent plus ou moins longtemps, puis évolue et atteint, en quelques mois, un volume tel que le malade vient consulter pour qu'on le débarrasse de sa difformité.

Il ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel. La douleur est absente, sauf chez un malade de M. Lecène, qui souffrit, pendant un mois seulement, de douleurs pulsatiles dans la région de la tumeur, en même temps qu'apparut de la rougeur de la peau. Ces deux faits particuliers semblent indiquer une poussée inflammatoire; mais il y a peut-être lieu de suspecter une infection d'origine dentaire, bien qu'il n'y eût pas d'abcès, à cause du mauvais état des dents et de la disparition complète de ces phénomènes aigus. Parole, mastication, déglutition ne sont pas gênées. On note une fois (M. Lecène) une sensation de sécheresse dans la moitié correspondante de la bouche.

La tumeur occupe la région de la glande sous-maxillaire, débordant, suivant son volume, sur la joue, sur le cou, vers l'angle du maxillaire, ou vers la symphyse mentonnière. La peau à son niveau est de coloration normale, mobile sur la tumeur. Les contours de celle-ci sont nets, faciles à délimiter, sauf en dedans, où elle contourne le bord inférieur du maxillaire, plonge dans la loge de la glande et se confond avec les parties molles. Sa surface est arrondie, parsemée de bosselures. Sa consistance est variable : parfois dure, rénitente, le plus souvent molle, fluctuante, pseudo-kystique. Elle peut être mobile avec le plancher buccal. Le palper bimanuel permet de sentir qu'elle est sous-jacente au mylo-hyoïdien et accessible par le plancher.

La pression, tout à fait indolore, montre le plus souvent qu'elle est partiellement réductible.

Les cris, les efforts, la striction à la base du cou, la simple déglutition font, en général, augmenter son volume et la rendent turgescente (tumeurs érectiles des anciens auteurs).

Ces derniers caractères, réductibilité et turgescence, ont une importance capitale et mettent sur la voie du diagnostic. Ils manquaient dans un cas (Magnac).

Nous noterons enfin que le cathétérisme permet de reconnaître que le canal de Wharton est perméable.

L'angiome de la glande sous-maxillaire comporte le pronostic bénin de la plupart des angiomes. Il n'entraîne qu'une difformité de la face. Dans des cas d'angiomes très rapidement évolutifs, où l'intervention chirurgicale tarderait trop, une ulcération de la peau entraînant une hémorragie, l'envahissement du paquet vasculo-nerveux de la parotide, sont des complications possibles mais non signalées.

DIAGNOSTIC

« Le diagnostic des angiomes glandulaires est très obscur, ce sont des tumeurs occupant la place de la glande et se distinguant des autres néoplasmes par leur réductibilité partielle à la pression et leur turgescence pendant les cris et l'expiration forcée. L'âge du sujet, les battements artériels, s'ils existent, la coexistence d'une tache érectile (angiomateuse) sont autant de circonstances qui mettent sur la voie du diagnostic (1). »

Nous avons vu que l'angiome de la sous-maxillaire peut n'être vu par le chirurgien qu'à l'âge mûr. Cette circonstance contribue à rendre difficile parfois le diagnostic de la nature de la tumeur. Cependant, ses caractères habituels de réductibilité partielle, de turgescence passagère, sa consistance le plus souvent molle, sa longue évolution bénigne permettent d'éliminer les tumeurs malignes, sarcome et épithélioma, et les tumeurs mixtes, qui sont toujours des tumeurs solides dans toute leur masse, ou présentant, au moins, des noyaux très durs.

L'adénite chronique sous-maxillaire ne peut guère prêter à confusion. Il y a ou il y a eu plusieurs ganglions; leur consistance est dure ou ils présentent un point ramolli, fluctuant. Leur volume est invariable. L'évolution fréquente vers la suppuration, l'étiologie

(1) Eug. Bœckel, in *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*. V. Bibliographie.

parfois évidente de l'adénite permettent encore de la reconnaître facilement.

Les kystes salivaires, une tuberculose circonscrite pseudo-kystique de la glande sont d'un diagnostic beaucoup plus difficile, surtout quand le kyste est peu tendu et paraît, pour cela, réductible. Nous rappellerons que, dans un cas (Magnac), la tumeur angioma-teuse était rénitente, irréductible, de volume invariable pendant les cris et fut prise pour un kyste tendu de la sous-maxillaire.

TRAITEMENT

« Le seul traitement applicable, c'est l'extirpation. » Nous ne pouvons que nous ranger à l'avis de Bœckel. Nous ne décrirons pas la technique, qui est simple, et celle de toute intervention sur la glande sous-maxillaire. L'opération n'offre pas de danger; l'hémostase est en général facile à faire. L'ablation de la glande, quoique saine, est nécessitée par son adhérence intime à la tumeur. Les récidives ne sont pas signalées, même chez une petite malade revue cinq ans après l'intervention chirurgicale (Bœckel).

OBSERVATION I

Eugène BOECKEL. — *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* — Art.: *Erectile.* — 1870.

Après avoir signalé la très grande rareté des angiomes glandulaires (glandes en grappes et surtout glandes salivaires), et montré que la néoformation angiomateuse commence par une dilatation des vaisseaux normaux de la glande sans altération du parenchyme sécrétant, rapporte l'observation suivante :

Sur une petite fille de trois mois, qui portait un angiome capillaire diffus de la lèvre inférieure, il existait en outre une tumeur sous-cutanée, du volume d'une noix, sous la branche horizontale du maxillaire inférieur, au-dessous de l'artère faciale. Cette tumeur gonflait par les cris et communiquait une couleur bleutée à la peau. Je la jugeai de nature caverneuse et résolu de l'extirper; mais, en la mettant à nu, je constatai qu'elle occupait la glande sous-maxillaire, qu'il fallut enlever en entier. Il survint quelques accidents de résorption et un abcès métastatique dans le mollet. Mais la petite malade se rétablit, et, au bout de quelques mois, je la débarrassai de l'angiome de la lèvre par une excision cunéiforme. Aujourd'hui, c'est une belle enfant de cinq ans, qui présente des cicatrices à peine perceptibles. La glande sous-maxillaire extirpée a l'apparence normale, sauf une coloration rouge plus marquée. Au microscope, les culs-de-sac glandulaires sont bien développés, avec des vaisseaux plus apparents que dans l'état sain.

OBSERVATION II

KIRMISSON. — *Précis de chir. infantile.* — 2^e éd., p. 764., 1911.
— *Angiome de la parotide et de la sous-maxillaire.*

Le nommé G. Victor, âgé de 20 ans, entre à l'hôpital Necker, le 17 novembre 1888, pour une tumeur occupant les régions parotidienne et sous-maxillaire du côté droit. Il raconte qu'à sa naissance ses parents reconnurent la présence d'une grosseur située en avant de l'oreille droite. Elle était du volume d'une noisette, de consistance assez molle, et, à ce moment, ne déformait aucunement la face.

A l'âge de 3 ans, l'enfant fut conduit à l'hôpital Sainte-Eugénie pour cette même grosseur, qui avait un peu augmenté de volume. Vers cette époque, et jusqu'à l'âge de 12 ans, plu-

sieurs médecins consultés conseillèrent aux parents une intervention chirurgicale; mais ceux-ci refusèrent, et ne firent même suivre à l'enfant aucun traitement.

Dans ces dernières années, le malade dit avoir constaté une influence des saisons. Pendant l'hiver, il y aurait augmentation de volume de la tumeur, et diminution pendant l'été. Il existe aussi, depuis la naissance, une petite tumeur située sur la muqueuse linguale, faisant peu saillie et ne causant aucune gêne.

Au mois de février de cette année, ce jeune homme a remarqué qu'il existait, sous le bord de la mâchoire inférieure, dans la région sous-maxillaire droite, un noyau dur, non douloureux à la pression. En l'espace de deux jours, cette petite tumeur augmenta de volume, au point de devenir grosse comme une mandarine; puis elle diminua et conserva le volume qu'elle présente encore actuellement, sans causer jamais aucune douleur au malade. Il entre à l'hôpital pour être débarrassé de cette tumeur qui déforme la joue.

C'est un garçon très vigoureux, très bien portant, il ne présente aucune affection viscérale. L'attention est uniquement concentrée sur la déformation de la face...

(Suit la description de la tumeur parotidienne, que nous ne reproduisons pas.)

... Plus bas, au niveau de la région sous-maxillaire, il existe une seconde tumeur descendant jusqu'à 6 centimètres au-dessous de la symphyse du menton. Ici encore, la peau est saine et bien mobile; mais cette tumeur est de consistance dure, et légèrement bosselée. Il existe, à la partie antérieure et supérieure de cette masse, un petit noyau libre, dur, gros comme un haricot. La palpation et la pression ne sont pas douloureuses. Il existe une mobilité relative; mais la tumeur paraît fixée aux plans profonds. Lorsqu'on cherche à la limiter en dedans, on voit qu'elle contourne le bord inférieur de la mâchoire et se met en rapport avec la face interne du maxillaire inférieur; en un mot, elle affecte des rapports identiques à ceux de la glande sous-maxillaire elle-même.

À droite également, sur la face dorsale de la langue, il existe des productions papillomateuses multiples, s'étendant jusqu'à la base de l'organe. Un bourgeon plus considérable que les autres se remarque lorsqu'on attire la langue en dehors de la bouche. Ces papillomes n'amènent aucun trouble fonctionnel; ils ne sont pas ulcérés et ne saignent pas. Le toucher buccal permet de reconnaître la portion interne de la tumeur sous-maxillaire. Le canal de Sténon laisse bien écouler la salive; il est cathétérisé assez facilement. On note de la gêne dans les

mouvements forcés des mâchoires. Il n'existe aucun trouble des organes des sens; aucune parésie des muscles de la face. On ne constate pas d'adénite dans la région du cou, ni dans aucune autre région.

L'opération est faite le 25 octobre 1888. Incision le long du bord postéro-inférieur du maxillaire inférieur. On aborde d'abord la tumeur sous-maxillaire; le tissu sous-cutané à ce niveau est très vasculaire. On arrive avec peine à délimiter la tumeur, et, comme le sang s'écoule en assez grande abondance, on emploie le thermo-cautère. Cependant, en pédiculisant peu à peu la tumeur, on finit par l'enlever en totalité avec la glande sous-maxillaire, avec laquelle elle est intimement fusionnée. La plaie est lavée avec la solution phéniquée forte; l'hémostase est difficile, on laisse dans la plaie quatre pinces à demeure...

(La tumeur parotidienne n'a pu être enlevée; quelques pointes de feu furent faites.)

...La guérison s'est produite après une suppuration assez abondante. Nous avons revu le malade plus d'un an après, au commencement de 1890; la tumeur sous-maxillaire avait complètement disparu, et la tumeur parotidienne s'était très notablement affaissée, au point de ne plus laisser qu'une difformité insignifiante.

Ce qui est surtout important, dans ce cas particulier, c'est l'examen histologique. Il a été pratiqué par notre collègue M. de Gennes, alors chef de laboratoire à l'hôpital Necker. Voici la note qu'il nous a remise à ce sujet.

Le fragment de tumeur examinée se compose de deux parties, une blanche homogène, comme encapsulée par la deuxième partie, rouge, flasque et affaissée. Après durcissement, une coupe examinée à un faible grossissement présente deux parties parfaitement distinctes. L'une, qui correspond à la partie blanche de la tumeur, est exclusivement composée de tubes glandulaires parfaitement réguliers, séparés par de fines travées de tissu conjonctif. On voit encore à ce grossissement des vaisseaux volumineux remplis de sang, mais on ne rencontre pas de lacunes sanguines.

A un plus fort grossissement, on note tous les détails de structure d'une glande sous-maxillaire normale. La partie rouge est composée, à première vue, de gros tractus de tissu conjonctif, fibreux par places, surtout à la périphérie. En certains points, ce sont des fibrilles conjonctives très déliées, entremêlées d'un certain nombre de cellules embryonnaires; mais, presque partout, ce sont de gros tractus fibreux entrecroisés, circonscrivant des loges plus ou moins spacieuses, remplies de

globules sanguins. Le plus souvent, on voit les loges vides, mais des globules sanguins disposés le long des parois témoignent de la qualité du contenu. En dehors de ces éléments, il n'y a rien de particulier à noter.

Si l'on résume l'étude de cette tumeur, on peut dire : loges fibreuses remplies de sang, c'est-à-dire angiome coiffant, pour ainsi dire, la glande sous-maxillaire parfaitement saine, ou tout au plus légèrement vascularisée.

OBSERVATION III (inédite)

M. LE PROFESSEUR LECÈNE. — 1903.

H. X..., âgé de 34 ans, tailleur, entre à l'hôpital en octobre 1903 pour des ganglions inguinaux. Depuis 6 ans et demi, le malade a une hernie crurale qui s'est étranglée il y a 5 ans et demi et fut réduite par le taxis. Il a eu deux fois des coliques hépatiques, la première il y a 12 ans, la seconde il y a 4 ans. Depuis 18 jours est apparue une petite masse ovoïde, grosse comme une noisette, dans la région inguinale droite.

Le malade présente un écoulement blennorrhagique. L'anneau orural droit est un peu dilaté, et on a une sensation de choc à la toux. L'anneau inguinal est normal.

Depuis 5 ans et demi, le malade a constaté une tumeur de la région sous-maxillaire gauche, du volume d'une amande.

Au début, cette tumeur a augmenté lentement et graduellement. Aujourd'hui, elle a le volume d'un œuf.

Il y a 10 mois, la tumeur grossit beaucoup : les téguments deviennent rouges et la région est le siège de douleurs pulsatiles très violentes. Cela dure un mois, la mastication et la parole sont gênées, puis tout rentre dans l'ordre, et depuis, la tumeur est indolore. Le malade a de mauvaises dents, mais jamais il n'eut d'abcès dentaires.

La mastication n'est pas gênée, mais le malade a parfois une sensation de sécheresse dans la moitié gauche de la bouche. Quand il mange, la tumeur grossit, de même quand il boit. S'il comprime de l'air dans la cavité bucco-pharyngée en se pinçant les narines, ou s'il comprime son larynx au-dessous de l'os hyoïde, la tumeur grossit et reprend ensuite son volume normal.

Dans la région sus-hyoïdienne, latéralement, on constate la présence d'une tumeur arrondie du volume d'un petit œuf. La peau est normale. Au toucher, la tumeur est molle, fluctuante, absolument indolente, partiellement réductible. La peau est très mobile sur elle. On ne peut limiter la tumeur, qui se confond

avec les parties profondes de la région sous-maxillaire. Elle donne la sensation d'un kyste peu tendu de la glande sous-maxillaire. Elle est mobile avec le plancher de la bouche pendant la déglutition. Pas de calcul du canal de Wharton. A la palpation bimanuelle, on sent que la tumeur est sous-jacente au mylo-hioïdien et accessible par le plancher.

Le 19 octobre, M. le professeur Lecène extirpa glande sous-maxillaire et tumeur. Guérison du malade le 14 novembre 1903.

La tumeur, de nature angiomateuse à la coupe, était adhérente à la partie postéro-supérieure de la glande sous-maxillaire qu'elle coiffait (v. fig. 1) mais ne semblait pas la pénétrer très loin. Elle envoyait des prolongements, en arrière, vers le sternocléido-mastoïdien et le paquet vasculaire du cou. La glande était saine dans le reste de son étendue.

Les coupes histologiques montrent un angiome formé de cavités vasculaires à parois très épaisses et à lumière tortueuse. Un des grains de l'angiome pénètre entre deux lobules de la glande sous-maxillaire, mais ne s'insinue pas dans l'intimité même de ces lobules. Dans l'angiome lui-même, on ne voit pas d'éléments lymphatiques. C'est un hémangiome pur.

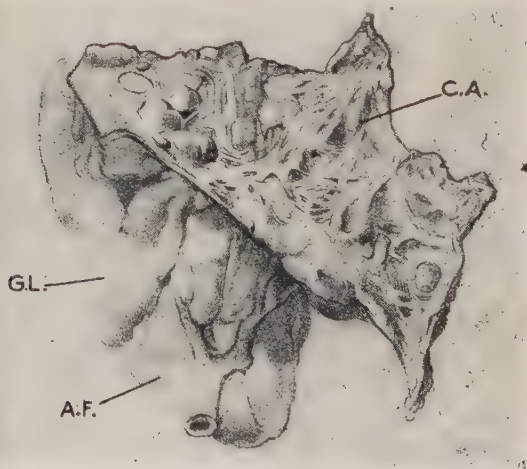


Fig. 1. — Angiome de la sous-maxillaire (Prof. Lecène)

OBSERVATION IV (inédite)

D^r MAGNAC. — 1924.

L'enfant Gabrielle C..., âgée de 4 ans et demi, est amenée à l'hôpital de Versailles, le 24 mars 1924, pour une tumeur occu-

pant la région sous-maxillaire droite et débordant sur la moitié supérieure du cou du même côté. La mère de cette fillette raconte que, dès les premiers mois qui suivirent la naissance, la « gorge » de son enfant lui apparaissait un peu plus grosse à droite qu'à gauche. Mais elle n'y attacha pas d'importance, d'autant moins que l'enfant se développait normalement. Elle fut élevée au sein jusqu'à l'âge de 13 mois, sans être gênée pour téter, ni plus tard pour manger, ni parler, et sans qu'elle manifestât jamais de douleur dans la région. Ce n'est que vers le mois de septembre 1923 — à l'âge de 4 ans, par conséquent — que cette tuméfaction vague prit une consistance nette, sous la forme d'une petite grosseur au-dessous du maxillaire inférieur droit, du volume d'une noix. Cette grosseur en quelques semaines va augmenter et atteindre à peu près le volume actuel, qui est celui d'une orange. La mère, inquiète de ce développement subit, consulte un médecin, qui diagnostique une « grenouillette salivaire » et lui conseille l'opération, sans prescrire aucun autre traitement. Non satisfaite et hésitante devant l'intervention, elle va prendre conseil d'un second médecin, qui prescrit des enveloppements chauds et l'application d'une pommade. Cette thérapeutique, celle, selon toute apparence, d'une adénite, est continuée jusqu'en mars dernier sans apporter aucun changement. Il est à noter que, depuis que la tumeur a commencé son développement, son volume s'est accru progressivement, sans rémission, et qu'à aucun moment elle ne fut plus grosse qu'elle n'est actuellement. Les crises, les efforts de l'enfant ne la font pas varier apparemment. Il n'a existé à aucun moment de douleur, ni de gêne fonctionnelle dans la mastication, la déglutition ou la parole. L'état général n'a jamais été troublé.

La mère amène son enfant à l'hôpital pour qu'on lui enlève cette tumeur, disgracieuse au possible.

On est en présence d'une fillette de 4 ans et demi, robuste, bien développée, qui attire l'attention uniquement par la déformation de la face et du cou (v. fig. 2). Au niveau de la région sous-maxillaire droite, la malade présente une tumeur du volume d'une grosse orange. Elle s'étend, en arrière, au delà de l'angle de la mâchoire, en avant, dans la région sus-hyoïdienne, jusqu'à la symphyse mentonnière, en bas, sur toute la moitié supérieure latérale du cou; en haut, elle déborde le maxillaire et empiète sur la joue. La peau, à son niveau, est de coloration normale, non amincie, et se laisse facilement plisser sur la tumeur, à laquelle elle n'adhère pas. A la palpation, cette tumeur apparaît de consistance élastique, rénitente, sans fluctuation. Elle n'est pas bosselée, mais lisse; le contour est ovale

à grand axe parallèle à la branche horizontale du maxillaire inférieur. Nettement limitée en haut, en bas, en arrière, en avant, elle disparaît au-dedans dans la loge sous-maxillaire, où elle semble adhérer. Elle n'est pas développée du côté de la bouche. Cet examen, au palper, est absolument indolent, de même qu'à la pression, qui de plus ne modifie en rien le volume ni la consistance de la tumeur, pas plus que la position déclive, tête en bas.



Fig. 2. — Gabr. C., 4 ans 1/2. Angiome de la sous-maxillaire (D^r Magnac)

L'examen général ne révèle aucun trouble des différents appareils. La parotide est normale, les sublinguales également. Aucune coloration anormale de la muqueuse buccale. Aucune paralysie faciale, pas d'adénite cervicale, ni d'aucune autre région.

Dans les antécédents de la malade, on ne note que la rougeole à l'âge de 13 mois et la varicelle, qu'elle a eue récemment. Une réaction de Bordet-Wassermann a été négative.

Ses six frères et sœurs, que nous avons vus dernièrement, ne présentent aucune malformation congénitale.

Le D^r Magnac opéra la petite malade le 1^{er} avril 1924. Voici le compte rendu opératoire :

Incision parallèle au grand axe de la tumeur étendue à deux travers de doigt environ au-dessous de la branche horizontale

du maxillaire depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à 3 cm de la ligne médiane antérieure. Après section de la peau et du peaucier, on tombe sur une tumeur de coloration bleuâtre, mais nettement encapsulée par une mince coque fibreuse. L'énucléation est facile : on sectionne la veine faciale, et, avec la pointe des ciseaux courbes, on libère les très molles adhérences que présente la tumeur avec le tissu cellulaire qui l'entourne. Cependant, elle tient encore, en arrière, en avant et par sa partie profonde. En arrière, elle dépasse la bandelette maxillaire pour contracter avec l'extrémité inférieure de la parotide des adhérences facilement détruites. En avant, elle se continue avec le canal de Wharton sous le mylohyoïdien. Après basculé complète de la tumeur d'arrière en avant, on exerce sur son extrémité antérieure une légère traction et on lie sous les yeux le canal de Wharton. La tumeur enlevée, la loge sous-maxillaire apparaît avec la plus grande netteté, sans qu'il persiste à son niveau aucune parcelle de tissu glandulaire.

La fillette sortit guérie le 15 avril. Revue un an après, elle est en parfaite santé et ne présente plus, dans la région sous-maxillaire qu'une légère dépression indiquant la place de la glande et les traces de la cicatrice.

La tumeur (v. fig. 3) est de forme ovoïde, du volume d'une mandarine, de couleur bleutée. Sa surface est bosselée. La glande sous-maxillaire, qui tranche par sa couleur blanchâtre, occupe le pôle antéro-interne de la tumeur et paraît normale.

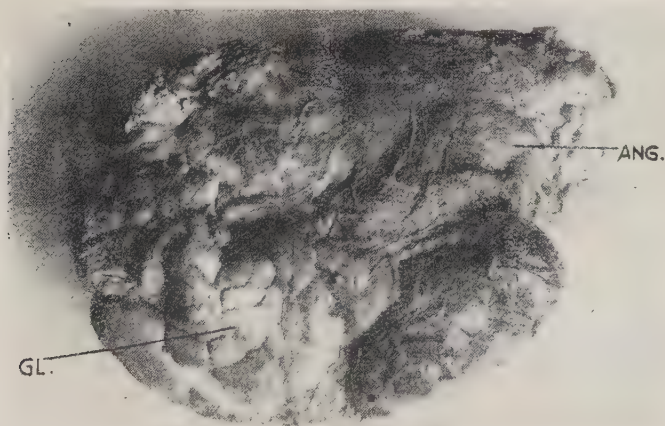


Fig. 3. — Angiome sous-maxillaire. Macro. face int.
(Dr Magnac)

A la coupe, on a l'aspect du tissu caverneux type : trabécules blanchâtres séparant des loges irrégulières, communiquant les unes avec les autres et remplies de sang noirâtre.

Examen histologique. Sur une coupe intéressant à la fois la glande sous-maxillaire et l'angiome, on note la disposition suivante : il y a contact entre la glande et la néoplasie, mais non pénétration (v. fig. 4).

L'angiome est constitué par de grandes cavités remplies de sang, logées au milieu d'un tissu cellulo-adipeux lâche.

La paroi propre des cavités vasculaires angiomateuses est nettement différenciée par la présence de faisceau de fibres musculaires lisses, orientées dans divers sens, longitudinales et circulaires, qui entourent à peu près complètement les cavités vasculaires de l'angiome.

De-ci de-là, entre les vaisseaux, existent des points lymphatiques. Au voisinage de la glande existent trois petits ganglions.

Conclusion : hémolymphangiome de la sous-maxillaire à prédominance d'hémangiome.

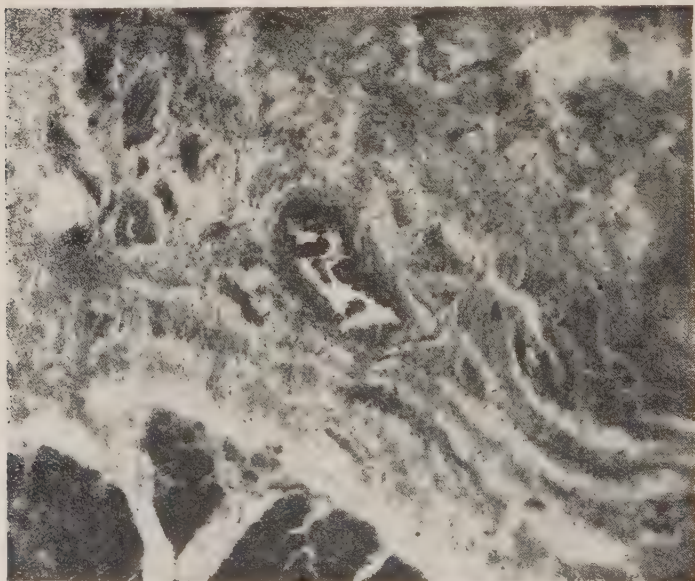


Fig. 4. — Hémolymphangiome de la glande sous-maxillaire.
Tissu glandulaire normal et tissu angiomateux (1/110)
(D^r Magnac)

OBSERVATION V (Inédite)

M. LE PROFESSEUR LECÈNE. — 1925.

B. André, 25 ans, chauffeur, entre à l'hôpital Saint-Louis le 28 avril 1925 pour tumeur de la région sous-maxillaire gauche.

Il y a huit mois, le malade s'est aperçu par hasard que la région sous-maxillaire gauche était plus grosse que celle du côté opposé. Cette région a continué à augmenter progressivement de volume, ce qui détermine le malade à consulter. Il n'a d'ailleurs aucun trouble fonctionnel.

A l'examen, on constate une tuméfaction de la région sous-maxillaire gauche, dépassant un peu la ligne médiane. Par la pression, on constate une disparition incomplète de la tumeur, et surtout on constate une expansion très marquée de la tumeur par l'effort ou par la constriction du cou à sa partie inférieure. On note enfin une légère surélévation du plancher de la bouche.

On fit le diagnostic d'angiome de la glande sous-maxillaire gauche.

Opération le 29 avril 1925. Anesthésie générale à l'éther. On fit l'extirpation complète de la glande sous-maxillaire gauche et de la tumeur, qui est constituée par des bosselures d'angiome et de lymphangiome (contenu clair, visqueux) disséminés autour de la glande. Celle-ci paraît d'ailleurs intacte. Hémostase. Suture cutanée. Suites opératoires normales.

Examen histologique : La coupe passe à l'union de la glande sous-maxillaire et de l'hémo-lymphangiome. La néoplasie ne pénètre pas au milieu des lobules glandulaires, mais elle est étroitement juxtaposée à la glande. Elle est constituée : 1° par des cavités lymphatiques à parois bordées d'un endothélium plat; 2° par des cavités sanguines qui sont de petit volume et enchâssées dans un tissu conjonctif scléreux; 3° par des grains angiomateux pleins où les bourgeons vasculaires sont en voie de formation et n'ont encore pour la plupart aucune lumière.

Au point de vue du volume respectif, ce sont les lymphatiques qui tiennent la plus grande. La tumeur est donc un hémolymphangiome à prédominance de lymphangiome.

CONCLUSIONS

I. — L'angiome de la glande sous-maxillaire est très rare, bien plus rare que l'angiome de la parotide, et surtout que les autres tumeurs des glandes salivaires.

II. — L'étude histologique montre la présence simultanée d'hémangiome et de lymphangiome. Il est vraisemblable de dire que ces deux tissus néoformés sont le plus souvent associés dans l'angiome de la sous-maxillaire, en des proportions qui peuvent être très variables.

III. — La tumeur respecte l'intégrité absolue des lobules glandulaires.

IV. — La réductibilité de la tumeur angiomateuse, sa turgescence sous l'influence des cris et de la striction à la base du cou, sa nature congénitale sont les trois éléments importants du diagnostic. En leur absence, le diagnostic est à peu près impossible.

V. — Le traitement consiste en l'ablation de l'angiome et de la glande sous-maxillaire qui lui adhère intimement. Il n'est pas suivi de récédive.

Vu, le Président de thèse,

M. LECENE.

Vu, le Doyen,

M. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

M. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

Eugène BŒCKEL. — *Nouveau dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*. Art. « érectile ».

KIRMISSON. — *Précis de chir. infantile*, 2^e éd., p. 764.

Ch. LENORMANT. — *Précis de pathologie chirurgicale*, t. II, p. 614 et suiv.

LECÈNE. — *id.*, t. I, p. 225 et suiv.
